



Departamento de Servicios Humanos de Tennessee
Solicitud de Asistencia Familiar

ESTE CASILLERO ES PARA USO EXCLUSIVO DEL DHS

Número de caso: _____
 Fecha de recibo: _____
 Condado: _____

Acceptaremos su solicitud con solo su nombre, domicilio y firma. Pero, cuanta más información nos dé, más rápido veremos si puede recibir ayuda. Si se le aprueba, sus beneficios comenzarán a partir de la fecha en que recibamos la solicitud. En la mayoría de los casos, tendrá que hablar con un empleado del DHS para completar el proceso de solicitud.

Podrá recibir SNAP o Cupones para Alimentos en 7 días si es que:

1. El ingreso mensual de su unidad familiar es menor que \$150, y ahora tiene recursos de \$100 o menos.
2. Su costo de albergue (más servicios públicos) es mayor que su ingreso mensual más ahorros.
3. Ud. realiza trabajo agrícola por temporada o migratorio.

Si Ud. presenta una discapacidad que le dificulte llenar o entender esta solicitud, podemos ayudarlo. Si Ud. no puede acudir a nuestra oficina, podemos llamarle o visitarlo.

Nombre	Estoy presentando una solicitud para: <input type="checkbox"/> Families First (Familias Primero) <input type="checkbox"/> SNAP/Cupones para Alimentos		
Domicilio del hogar	Es posible que le llamemos al número de su casa o a su celular para recordarle una cita. Si no responde, le dejaremos un mensaje.		
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono en casa Teléfono en el trabajo Teléfono celular/otro
Dirección postal (si es diferente)		Nosotros usamos los Números de Seguridad Social para verificar su identidad, y para asegurarnos que Ud. reciba el importe correcto de ayuda, para cambiar dicho importe, para revisar otros registros de computadora y del gobierno y para asegurarnos de que Ud. reúne los requisitos. Verificamos los registros de Seguridad Social, IRS y empleo. Podemos revisar Registros de Inmigración y Naturalización. Si esos registros no coinciden con lo que Ud. menciona, ello podrá afectar el que Ud. reciba ayuda y cuánto reciba en dinero en efectivo o en Cupones para Alimentos. Si proporciona información incorrecta a propósito para obtener ayuda, Ud. puede ser enviado a la cárcel.	
Ciudad	Estado	Código postal	
¿Necesita un intérprete? () Sí () No De ser "sí", ¿para qué idioma? _____	El proporcionar información sobre Raza/Grupo Étnico ayuda a mostrar si es que el Estado está cumpliendo con las leyes de derechos civiles. Por favor, use lo siguiente para indicar la raza: W = Blanco/Caucásico, B = Negro/Afroamericano, A = Asiático, H = Originario de Hawái/Islas del Pacífico, I = Indígena estadounidense/Nativo de Alaska (No se requiere que su unidad familiar nos dé esta información y ello no afectará su elegibilidad o nivel de beneficios). Estado Civil: Utilice las líneas siguientes para cada miembro adulto de la unidad familiar: casado, soltero, divorciado, viudo, separado		

Enumere a todos en su unidad familiar (incluido Ud.) Para añadir más personas, adjunte otra solicitud u otra hoja de papel	¿Está solicitando o beneficios esta persona? (Sí/No)	(NO se necesita si la persona no desea recibir beneficios) Para más información, consulte la página 1 de la Declaración de Entendimiento		Sexo (M/F)	(Opcional) Marque el recuadro si es Hispano/Latino	(Opcional) Raza (ver arriba) Anote todas las que correspondan	Estado Civil (ver arriba)	Fecha de Nacimiento	Marque el recuadro si la persona está embarazada	Marque el recuadro si la persona está discapacitada
		Número de Seguridad Social	Marque el recuadro si es ciudadano de EE.UU.							

Juro, bajo pena de perjurio (delito por mentir bajo juramento) y de todas las demás sanciones aplicables, que las declaraciones hechas en esta solicitud, en todos los anexos y a todas las personas que me entrevistaron, son verdaderas y correctas. Todas las personas que presentan solicitud o reciben ayuda son ciudadanos de EE.UU., extranjeros legales o inmigrantes elegibles. Entiendo y estoy de acuerdo con las normas y la información que se me proporcionaron. Si se me solicita, proporcionaré información que compruebe mi declaración u otorgaré permiso al DHS para obtener comprobantes. Entiendo que tengo que informar de todo cambio como me lo indique el DHS.

Autorización: Es posible que el estado de Tennessee o sus empleados necesiten comprobar que la información que proporcioné es verdadera. Con mi firma en este documento, acepto que se obtenga esa comprobación. Esto les permitirá decidir si puedo recibir Cupones para Alimentos o Familias Primero. También afirmo que leí y comprendí la Declaración de Entendimiento.

Firma: _____ **Fecha:** _____ **Testigo (si se ha firmado con una X):** _____ **Fecha:** _____

Custodio legal o representante autorizado: _____ **Fecha:** _____

El personal del DHS debe verificar en la sección de "Formularios" del intranet para garantizar el uso de las versiones actualizadas. Los formularios no pueden ser alterados sin autorización previa.

<p>ESTE RECUADRO es para Familias Primero únicamente: Permiso para la divulgación de registros de asistencia escolar</p> <p>Yo (cliente) autorizo al Departamento de Educación de Tennessee o a la escuela de mi hijo a que entreguen los expedientes de asistencia escolar de los menores incluidos en esta solicitud al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee. El Departamento de Servicios Humanos usará estos registros, incluyendo los números de seguridad social, para ayudarme a cumplir con mis obligaciones de Familias Primero. Los registros serán destruidos cuando ya no se necesiten.</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____</p>		<p>Sus beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos podrían cesar si Ud.:</p> <p>*Proporciona información incorrecta u oculta datos para obtener beneficios de SNAP; *Usa la Tarjeta de Seguridad para Beneficios de otra persona sin su permiso; *Usa los beneficios de SNAP para comprar productos como cerveza, cigarrillos o jabón o para pagar cuentas de crédito. Si infringe estas normas, Ud. no recibirá beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos: La primera vez por 1 año; la segunda vez por 2 años; y la tercera vez permanentemente. Si intercambia beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por drogas, puede ser suspendido: La primera vez por 2 años; y la segunda vez permanentemente. Será suspendido permanentemente del Programa de SNAP/Cupones para Alimentos si se le declara culpable de: *Intercambiar beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por armas de fuego, municiones o explosivos, o por sustancias controladas (drogas ilícitas); *Vender beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por valor de \$500 o más.</p>	
<p>Entiendo que puedo tener uno o dos representantes autorizados:</p> <p>_____ puede solicitar estos beneficios en mi nombre: SNAP/Cupones para Alimentos () ; Familias Primero () _____ puede usar mis beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos () a nombre mío; puede usar mis beneficios de Familias Primero () a nombre mío</p> <p>_____ puede solicitar estos beneficios en mi nombre: SNAP/Cupones para Alimentos () ; Familias Primero () _____ puede usar mis beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos () a nombre mío; puede usar mis beneficios de Familias Primero () a nombre mío</p>		<p>No proporcione información incorrecta acerca de su identidad o de dónde vive para recibir beneficios múltiples de SNAP/Cupones para Alimentos. Dar información incorrecta puede impedir que reciba SNAP/Cupones para Alimentos por 10 años.</p> <p>Sentencias Federales y/o Estatales: ¿Ud. o alguien en su unidad familiar ha sido hallado culpable de recibir Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, Temporary Assistance for Needy Families; beneficios de dinero en efectivo) o beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos en dos o más estados al mismo tiempo? Sí ___ No ___ ¿Alguien ha usado fondos de TANF en los siguientes establecimientos: licorerías, casinos, salones de póker, negocios de entretenimiento para adultos, salones de bingo, hipódromos o circuitos de carreras, tiendas minoristas autorizadas cuyas ventas principales son los productos del tabaco como tabaco de mascar, cigarrillos, pipas, y otros accesorios para fumadores? (Para TANF solamente) Sí ___ No ___ ¿Ud. o alguien en su unidad familiar ha sido sentenciado por comprar o vender beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por más de \$500? Sí ___ No ___ ¿Ud. o alguien en su unidad familiar ha sido sentenciado por un delito mayor debido a comportamiento relacionado con la posesión, uso o distribución de una sustancia o droga controlada después del 22 de agosto de 1996 (SNAP/Cupones para Alimentos y TANF)? Sí ___ No ___ ¿Se halla Ud. o algún miembro de su unidad familiar ocultándose o prófugo de la ley para evitar ser procesado, arrestado, o llevado a la cárcel por un delito mayor o intento de delito mayor, o por infringir una condición de libertad bajo palabra o probatoria? Sí ___ No ___ ¿Ha sido Ud. o algún miembro de su unidad familiar sentenciado por intercambiar beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por drogas o sustancias controladas? Sí ___ No ___</p>	
<p align="center">Registro de Electores</p> <p>¿Está Ud. registrado para votar en donde vive actualmente? () Sí () No ¿Quisiera registrarse para votar? () Sí () No ¿Desea que el DHS le envíe por correo un formulario para registro de electores? () Sí () No</p> <p>Los beneficios que Ud. pueda recibir del DHS no cambiarán ya sea que se registre o no se registre para votar.</p> <p>En los siguientes recuadros, proporcione información acerca de los INGRESOS de su unidad familiar. Ingresos incluyen, entre otros, el ingreso por trabajo como empleado o por cuenta propia, pensión alimenticia, manutención infantil, beneficios por discapacidad, Seguridad Social/SSI, Compensación de Trabajadores, beneficios por Desempleo, pensiones, subsidios e ingresos devengados por intereses.</p>			
<p>Persona que percibe los ingresos impuestos/gastos</p>		<p>Fuente de ingresos (tales como empleo, Seguridad Social, manutención infantil)</p>	
<p>Cantidad mensual antes de impuestos/gastos</p>		<p>Cantidad mensual antes de impuestos/gastos</p>	
<p>Enumere cualquier Recurso de la unidad familiar (dinero en efectivo, cuentas bancarias corrientes, de ahorros o de otros tipos, certificados de depósito, acciones, bonos, fondos mutuales, cuentas para jubilación, fondos fiduciarios, rentas vitalicias u otros bienes líquidos)</p> <p>Tipo: _____ Valor: \$ _____ Tipo: _____ Valor: \$ _____</p> <p>Tipo: _____ Valor: \$ _____ Tipo: _____ Valor: \$ _____</p>		<p>Cualquier miembro que intencionalmente incumpla cualquiera de las normas, puede ser descalificado del programa de SNAP/Cupones para Alimentos desde un año y hasta para siempre, o multado hasta un máximo de \$250,000 o sentenciado con pena de cárcel de hasta 20 años o ambos. Él o ella podrá también ser objeto de procesamiento penal bajo otras leyes Estatales o Federales que correspondan. Él o ella podrá ser descalificado(a) del programa de SNAP/Cupones para Alimentos durante 18 meses adicionales si es que así lo ordena el tribunal. No intercambie ni venda las tarjetas de EBT, ni utilice la tarjeta de otra persona.</p>	
<p>Si Ud. tiene entre 18 y 24 años de edad, ¿ha estado alguna vez bajo la custodia del estado cuando era menor de edad? Sí ___ No ___</p> <p>Gastos por Cuidado de Niños Cantidad pagada por semana: \$ _____</p> <p>Nombre del proveedor de cuidado de niños: _____</p>		<p align="center">Costos por Albergue</p> <p>Alquiler / Hipoteca (encierra uno en un círculo)</p> <p>Cantidad mensual: \$ _____</p> <p>Gas/Electricidad \$ _____ al mes</p> <p>Teléfono \$ _____ al mes</p>	
<p>Gastos Médicos</p> <p>Enumere gastos médicos recurrentes, tales como recetas o primas de seguros. Esto puede ayudarle a obtener más Cupones para Alimentos si es que Ud. es una persona anciana o discapacitada.</p> <p>Tipo: _____ \$ _____ al mes</p> <p>Tipo: _____ \$ _____ al mes</p>		<p align="center">Manutención Infantil pagada</p> <p>Si Ud. paga manutención infantil por un hijo o hijos, por obligación legal, indíquelo aquí:</p> <p>Hijo: _____ \$ _____ al mes</p> <p>Hijo: _____ \$ _____ al mes</p>	
<p>Se le prohíbe a esta institución discriminar debido a su raza, color, país de origen, discapacidad, edad, sexo, y cuando corresponda, por ideas políticas o religiosas. El Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA, por sus siglas en inglés) también prohíbe que se discrimine debido a su raza, color, país de origen, sexo, creencia religiosa, discapacidad, edad, ideas políticas o represalias o intimidación por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizada o subvencionada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para recibir información de los programas (por ejemplo, en Braille, letra grande, cinta de audio, Lenguaje por señas norteamericano, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde presentaron su solicitud de beneficios. Las personas sordas o que tienen dificultades auditivas o alguna discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión, llamando al (800) 877-8339. Es posible que haya disponible información adicional acerca del programa en otros idiomas aparte del idioma inglés. Para presentar una queja por discriminación, complete el Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, que puede hallarlo en línea en internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llamando al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. Envíenos su formulario de queja completado o su carta por correo a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov. Escriba a HHS, Director, Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, DC 20201 o llame al (202) 619-0403 (Voz) o al (202) 619-3257 (TTY). Las personas sordas, que tienen dificultades auditivas o alguna discapacidad del habla, pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión (Federal Relay Service) llamando al (800) 877-8339; o al (800) 845-6136 (Español). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades. También puede escribir a Tennessee, Department of Human Services, Office of General Counsel, Compliance Office, Citizens Plaza Building, 400 Deaderick Street, Nashville, TN 37243, (615) 313-4700.</p>			

El personal del DHS debe verificar en la sección de "Formularios" del intranet para garantizar el uso de las versiones actualizadas. Los formularios no pueden ser alterados sin autorización previa.

Distribución: FARAS (original)
 HS-2775 (Modificado en 05-17)



Declaración de entendimiento: Reglamentos del programa (Anexo de la solicitud)

**¡Importante: Conserve este documento!
Copia del Cliente**

¿Necesita informar de un cambio? ¿Tiene alguna pregunta? ¿Necesita ayuda? Llámenos. Esta llamada es gratuita.

Centro de Servicio de Asistencia Familiar (Family Assistance Service Center) 1-866-311-4287

Estamos aquí para ayudarle de 7:00 a.m.

a 5:00 p.m., de lunes a viernes.

Si Ud. tiene una discapacidad y necesita asistencia especial, por favor infórmenos de ello.

INTÉRPRETES GRATUITOS -- Si Ud. no entiende inglés y necesita ayuda, por favor háganoslo saber. Obtendremos un intérprete que le ayude a comunicarse con nosotros. Este servicio es gratuito. Obtener un intérprete no retará el procesamiento de su caso. Aun así podremos recibir su solicitud hoy.

Puede presentar una solicitud para beneficios de Familias Primero (Families First) o SNAP/Cupones para Alimentos en una oficina del DHS. Se tiene que completar una solicitud y someterse a una entrevista. La solicitud del DHS puede obtenerla en línea por internet o la puede completar en la oficina del DHS. Puede utilizar este formulario para presentar una solicitud conjunta para un (1) programa o más. Su solicitud de SNAP/Cupones para Alimentos no será denegada tan sólo en base a que su solicitud a otro programa haya sido denegada. Procesaremos las solicitudes para SNAP conforme a los procedimientos de SNAP, incluidos los plazos de tiempo y los requisitos de Audiencia Justa, independientemente de que la solicitud sea para SNAP y para algún otro programa. Ud. tiene que proporcionarnos comprobantes de su identidad y sus ingresos, y otros datos necesarios para aprobar su solicitud. Si necesita ayuda para obtener los comprobantes, pregúntele a su encargado del caso del DHS.

Si Ud., o si la persona a cuyo nombre Ud. está presentando una solicitud, es elegible para beneficios, los beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos o de TANF pueden ser proporcionados a partir de la fecha en que recibamos la solicitud con su nombre, dirección y firma. La fecha de solicitud será diferente si la unidad familiar se encuentra en una institución y está solicitando SNAP y SSI al mismo tiempo. En ese caso, la fecha de solicitud es la fecha de egreso de la institución.

- **Cualquier miembro de la unidad familiar que está presentando una solicitud para beneficios de Familias Primero o SNAP/Cupones para Alimentos** tiene que proporcionarnos un número de Seguridad Social y su situación de ciudadanía o inmigración. La Ley de Alimentos y Nutrición (Food and Nutrition Act) nos permite usar los números de Seguridad Social para asegurarnos de que Ud. reciba el importe correcto de ayuda, cambiar dicho importe, revisar registros de computadora y del gobierno y asegurarnos de que Ud. reúne los requisitos. Para revisar esos registros, usamos el Sistema de Verificación de Elegibilidad de Ingresos. Si esos registros no coinciden con lo que Ud. indica, ello podrá afectar el que pueda recibir ayuda y la cantidad de dinero en efectivo o Cupones para Alimentos que reciba. Si Ud. no tiene un número de Seguridad Social, nosotros le podemos ayudar a solicitarlo.

- Si Ud. tiene un número de Seguridad Social, y es ciudadano estadounidense, extranjero legal o inmigrante elegible, entonces tiene que solicitar beneficios si Ud. es miembro obligatorio de la familia.
 - Ejemplo: Los cónyuges, hijos y sus padres tienen que presentar solicitud como una misma unidad familiar a menos que Ud. opte por no solicitar beneficios para alguien que opta por no proporcionar su SSN o su situación de inmigración.
- El DHS **no necesita** los números de Seguridad Social ni la situación de ciudadanía/inmigración de los miembros de la unidad familiar que no vayan a solicitar beneficios. Si se proporciona el Número de Seguridad Social de alguien que no va a solicitar beneficios, el mismo no se enviará a los Servicios de Inmigración y Naturalización para verificar su situación.
- Ud. puede solicitar beneficios para ciudadanos e inmigrantes elegibles aun cuando Ud. mismo no solicite beneficios.
- La situación de ciudadanía/inmigración de los miembros de la unidad familiar podría estar sujeta a verificación por parte de la oficina de USCIS (Servicios de Inmigración y Naturalización de EE.UU.) a través de la presentación a USCIS de la información obtenida de la solicitud y la información presentada recibida de USCIS podría afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de la unidad familiar.

Se tomarán en cuenta los recursos e ingresos incluso de las personas que no estén solicitando beneficios.

Si Ud. está solicitando ayuda del DHS, podremos proporcionar su Número de Seguridad Social a:

- La policía en busca de infractores de la ley, cuando la ley nos lo permite o exige que lo hagamos, o si se emite una orden del tribunal para ello.
- Otras agencias federales o estatales, si la ley nos lo permite o exige que lo hagamos.

La obtención de información en la solicitud, incluido el número de seguridad social, está autorizada por la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (Food and Nutrition Act of 2008) (antes conocida como la Ley de los Cupones de Alimentos (Food Stamp Act)), con todas sus enmiendas conforme a 7 U.S.C. 2011-2036. Se utilizará la información para determinar si su unidad familiar es elegible o continúa siendo elegible para participar en SNAP. Verificaremos esta información a través de programas computarizados de cotejo. También usaremos esta información para el control del cumplimiento con los reglamentos del programa y para la administración del programa.

¿Cuánto tiempo tardamos en tomar una decisión sobre su solicitud?

- Pagos de dinero en efectivo de Familias Primero: Tenemos 45 días para decidir si Ud. puede recibirlos.
- SNAP/Cupones para Alimentos: Puede tardar hasta 30 días para decidir y otorgarle beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos, si Ud. reúne los requisitos.
- Para tomar una decisión oportuna el DHS tiene que contar con su ayuda para obtener todos los comprobantes que necesitemos.

Su encargado de casos le indicará cuáles cambios tiene que declarar. Si recibe Familias Primero, Ud. tiene que informar al DHS de cualquier cambio en sus condiciones de vida dentro

de un plazo de 10 días.

Si Ud. recibe SNAP/Cupones para Alimentos y da un Informe Simplificado, tiene que informar cuando su ingreso mensual exceda el Límite de Ingresos Brutos de SNAP/Cupones para Alimentos para el tamaño de su unidad familiar. Su encargado le indicará la cantidad que ello fuera. Ud. tiene que informar de este cambio antes del 10° día del mes posterior a su cambio en ingresos.

Los beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos no alterarán sus beneficios de Familias Primero. Si deja de recibir pagos de dinero en efectivo de Familias Primero, de todas formas puede recibir SNAP/Cupones para Alimentos. Pero si empieza a recibir Familias Primero, es posible que disminuyan sus beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos. **Se le notificará de este cambio; sin embargo, puede recibir ese aviso con menos de diez días de anticipación a la disminución de beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos.**

Sus beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos podrían cesar si Ud.:

- Da información incorrecta u oculta datos para obtener beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos;
- Utiliza la Tarjeta de Seguridad de Beneficios de otra persona sin su permiso, o si intercambia o vende la Tarjeta de Seguridad de Beneficios;
- Compra artículos con los beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos, tales como cerveza, cigarrillos o jabón,
- Paga cuentas de crédito o paga por alimentos comprados al crédito con beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos.

Si infringe estas normas, Ud. no recibirá beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos:

- por 1 año la primera vez.
- por 2 años la segunda vez.
- Nunca más la tercera vez.

Si usa o recibe beneficios en una transacción que implica la venta de una droga o sustancia controlada, será suspendido:

- por 2 años la primera vez.
- Para siempre la segunda vez.

Será suspendido para siempre del Programa de SNAP/Cupones para Alimentos si un tribunal lo declara culpable de:

- Intercambiar beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por armas de fuego, municiones o explosivos.
- Vender beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por valor de \$500 o más.

Dejará de recibir beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos por diez (10) años si para obtener múltiples beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos, Ud. miente acerca de su identidad o su lugar de residencia.

Si no sigue su plan de Familias Primero, podremos disminuir sus pagos de dinero en efectivo de Familias Primero o reducir sus beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos.

Si no informa sus ingresos por su trabajo o si es declarado culpable de haber infringido deliberadamente las normas del Programa de SNAP/Cupones para Alimentos, podrá tener que devolver dinero si recibe beneficios excesivos de SNAP/Cupones para Alimentos.

Las personas que infrinjan estas normas pueden ir a prisión, ser acusadas según las leyes federales o recibir multas de hasta \$10,000. Si se da a lugar una reclamación de SNAP/Cupones para Alimentos contra su unidad familiar, la información en esta solicitud, incluidos todos los SSNs, podrá ser remitida a agencias Federales o Estatales así como a agencias privadas de cobro, para proceder con acciones de cobro de reclamaciones.

Algunos miembros de la unidad familiar tienen que estar inscritos para trabajar si desean recibir SNAP/Cupones para Alimentos. Su encargado le informará quién en su unidad familiar tiene que estar inscrito para ser elegible. Al firmar esta solicitud, Ud. está de acuerdo en que los miembros de la unidad familiar requeridos se inscriban. De ser el caso, es posible que los miembros que tienen que inscribirse tengan que presentarse al Departamento del Trabajo y Desarrollo de la Fuerza Laboral (DOLWD, por sus siglas en inglés) para someterse a una entrevista, donde le ayudarán a prepararse para encontrar un empleo que se ajuste a sus habilidades básicas. Es posible que algunos miembros tengan que participar en actividades de Empleo y Capacitación para mantener su elegibilidad. Ud. También debe aceptar y mantener un empleo adecuado. Las personas que no cooperen sin tener motivos fundados podrían dejar de ser elegibles para SNAP.

Un adulto apto sin dependientes (ABAWD, por sus siglas en inglés) es una persona entre 18 y 49 años de edad sin dependientes en la unidad familiar, que de lo contrario no esté exento, solo puede ser elegible para recibir beneficios de SNAP durante tres (3) meses en un período de tres (3) años a no ser que sean participantes del requisito de empleo de SNAP. A partir del 1º de enero de 2016, el requisito de empleo de los ABAWD para SNAP será:

- Trabajar como mínimo un promedio de 20 horas a la semana (80 horas al mes) o más, O
- Participar en un programa de capacitación durante un promedio de 20 horas a la semana (80 horas al mes) o más

Los programas de capacitación autorizados son los que se ofrecen a través del Departamento del Trabajo y Desarrollo de la Fuerza Laboral y pueden ser:

- Un programa conforme a la Ley de Innovación y Oportunidades para la Fuerza Laboral de 2014;
- Un programa conforme al artículo 263 de la Ley de Oficios de 1974; O
- Asistencia a Clases de educación básica para adultos (ABE, por sus siglas en inglés)

Los participantes que sean ABAWD solo serán elegibles para recibir beneficios de SNAP durante tres (3) meses en un período de treinta y seis (36) meses o un período de tres (3) años a partir del 1º de enero de 2016.

Puede obtener más beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos si Ud. tiene comprobante de los siguientes tipos de gastos:

- Médicos;
- Por cuidado de niños o de dependientes;

- Por manutención infantil; o
- De vivienda o servicios públicos

Su encargado de casos del DHS puede ayudarle a obtener los comprobantes. No obstante, Ud. tiene que informar del gasto y darnos comprobante. Si no nos informa de estos gastos y no nos da comprobante, presumiremos que Ud. no desea la deducción y no recibirá beneficios de SNAP/Cupones para Alimentos adicionales.

Información sobre Familias Primero:

Si recibe pagos de dinero en efectivo de Familias Primero para los que no es elegible, Ud. tiene que devolver el dinero al Estado. Usted puede:

- Pagar tomando de sus pagos en efectivo de Familias Primero.
- Pagar en efectivo, si no recibe Familias Primero.

Si da información incorrecta u oculta datos para obtener pagos de dinero en efectivo de Familias Primero, Ud. puede tener que comparecer ante un tribunal. Se podrá presentar en su contra acusación de perjurio (mentir bajo juramento), robo u otro delito, y podrá ser sentenciado a tiempo en la cárcel. Una infracción deliberada de las normas de Familias Primero se denomina Infracción Intencional del Programa. Si es hallado culpable, podría ser suspendido de Familias Primero:

- Por 6 meses la primera vez;
- Por 1 año la segunda vez; y
- Para siempre la tercera vez

Es ilícito obtener pagos de dinero en efectivo en dos estados al mismo tiempo. A quien lo haga se le podrán cancelar los pagos en efectivo durante 10 años.

Se le prohíbe usar su tarjeta EBT en los siguientes establecimientos: licorerías, casinos, salones de póker, negocios de entretenimiento para adultos, salones de bingo, hipódromos o circuitos de carreras, tiendas minoristas autorizadas cuyas ventas principales son los productos del tabaco como tabaco de mascar, cigarros, cigarrillos, pipas, y otros accesorios para fumadores. De infringir esta estipulación, tendrá que devolver el monto de la compra por la primera y la segunda infracción. A la tercera infracción, el encargado de la unidad familiar podría ser declarado inhabilitado permanentemente para usar la tarjeta EBT para los fines de acceder a los beneficios de dinero en efectivo de Familias Primero suyos o de su familia y se podría nombrar a un beneficiario custodia para que tenga acceso y administre los beneficios de Familias Primero.

Sus hijos pueden recibir beneficios de Familias Primero Q de SNAP/Cupones para Alimentos pero no Ud. si es que Ud.:

- es delincuente fugitivo;
- infringió su régimen de libertad condicional o vigilada;
- fue declarado culpable de un delito grave relacionado con drogas, que fue cometido después del 22 de agosto de 1996, a menos que satisfaga una excepción específica.

Su encargado de casos puede darle mayor información sobre la excepción.

Para obtener pagos de dinero en efectivo de Familias Primero, Ud. tiene que firmar y

El personal del DHS debe verificar en la sección de "Forms" del intranet para garantizar el uso de las versiones actualizadas. Los formularios no pueden ser alterados sin autorización previa.

Distribución: FARAS (Original)

Anexo de la HS-2775 (Modificado en 05-17)

*RDA: 1716
Página 5 de 11*

seguir un Plan de Responsabilidad Personal. Este plan puede exigirle que asista a una actividad laboral o docente.

Información importante sobre Manutención Infantil y Familias Primero:

Ud. puede recibir pagos de dinero en efectivo de Familias Primero y manutención infantil al mismo tiempo. Si recibe Familias Primero, Ud. tiene que ayudarnos a comprobar la paternidad del menor. También tiene que colaborar con nosotros para recaudar la manutención infantil de los menores que reciben Familias Primero. No intentaremos recaudar manutención si Ud. comprueba de que hay una buena razón para no hacerlo. Todo pago de manutención infantil tiene que ir primero al DHS. Si el padre/madre le entrega dinero directamente, Ud. tiene que enviarlo al DHS. **Tal vez se le pueda devolver a Ud. todo o parte del pago de manutención infantil.** Estos pagos se denominan pagos transferidos de manutención infantil.

La cantidad de su pago transferido de manutención infantil depende tanto de su “necesidad no cubierta” como de la cantidad pagada por manutención infantil. Nosotros calculamos su necesidad no cubierta en base a:

- El número de personas cubiertas por el pago de dinero en efectivo de Familias Primero
- La cantidad que Ud. recibe por otros ingresos
- Puede preguntarle a su encargado de casos del DHS cuánto le corresponde por necesidad no cubierta.

¿Desea presentar la solicitud para votar en las próximas elecciones? Las leyes estatales y federales nos exigen que le preguntemos si desea inscribirse para votar. Tenemos que hacerle esta pregunta cada vez que Ud. solicite beneficios o vuelva a solicitarlos, cuando sea recertificado para beneficios, o si nos llama para informarnos que se ha mudado. Le ayudaremos a llenar todos los formularios.

Información sobre el Registro de Electores:

- Los beneficios que pueda recibir del DHS no se verán afectados por su decisión de registrarse para votar o no.
- Nosotros podemos ayudarle a presentar la solicitud. Ud. decide si es que desea recibir ayuda. Puede llenar el formulario en privado.
- Puede presentar una queja ante el Coordinador de Elecciones, a la siguiente dirección: Coordinator of Elections, Secretary of State's Office, 900 William R. Snodgrass Tennessee Tower, Nashville, TN 37243, 1-615-741-7956, Tennessee Relay Center, 1-800-848-0299, si cree que:
 - Alguien ha interferido en el ejercicio de su derecho a registrarse, o a rehusar registrarse para votar;
 - Alguien ha interferido en el ejercicio de su derecho a privacidad al decidir si se registrará o al presentar la solicitud de inscripción para votar.
- Si elige registrarse o se rehúsa a ello, nosotros no daremos a conocer su decisión ni el lugar en donde presentó la solicitud a nadie fuera de la comisión electoral. Usaremos la información sólo para fines de inscripción.
- Ud. no puede votar hasta que reciba su tarjeta de registro de elector. Si no recibe la tarjeta en tres semanas, verifique con la Comisión Electoral.
- La Comisión Electoral del Condado verificará si Ud. puede inscribirse para votar. Esto

no lo hace ni el DHS ni la Oficina de TennCare.

- Si envía por correo su solicitud a la comisión electoral de su condado, tiene que votar en persona la primera vez que lo haga.
- Le enviaremos por correo el formulario “Solicitud por Correo para Registro de Electores” (Mail-In Application for Voter Registration) en un plazo de 30 días, si es que nos informa por teléfono o internet acerca de:
 - un cambio de dirección;
 - una solicitud;
 - una nueva solicitud;
 - una recertificación;
 - una revisión.

Si quedan menos de 30 días para la fecha límite de inscripción, le enviaremos el formulario por correo en un plazo de 5 días, o el siguiente día laborable si es posible.

HIPAA:

La ley federal **HIPAA** dispone que tenemos que mantener la confidencialidad de los datos sobre su salud. También establece que tenemos que darle este aviso. He aquí las normas que tenemos que seguir para mantener la confidencialidad de los datos sobre su salud. Estas normas pueden cambiar y si se hacen cambios importantes, se lo informaremos.

A fin de determinar su elegibilidad para Familias Primero, el DHS podrá compartir su información privada de salud con:

- Algunos empleados del Departamento que lo necesiten para decidir si es que Ud. puede recibir Familias Primero
- El DHS también podrá compartir su información privada de salud con el Departamento federal de Salud y Servicios Humanos, pues ellos supervisan el programa de Familias Primero

Con su consentimiento previo y por escrito, el DHS podrá compartir su información privada de salud con cualquier otra persona o entidades, tales como sus proveedores de cuidados de salud, un abogado y/o miembros de su familia.

Si no le es posible proporcionar consentimiento previo y por escrito, el DHS podrá compartir su información privada de salud con:

- Un representante autorizado - quien tendrá también el derecho de proporcionar consentimiento por escrito para divulgar su información privada de salud a otros individuos o entidades;
- Un miembro de su familia u otros involucrados en sus cuidados de salud. Ud. podrá pedirnos que no les demos información. De ser posible, haremos lo correspondiente. Si Ud. es menor de edad o se encuentra en una emergencia, puede no sernos posible hacer lo que pide.

Sin ningún consentimiento previo, el DHS podrá también compartir su información privada de salud con:

- Una agencia supervisora de la salud o del orden público, según lo exija la ley a fin de investigar denuncias de presuntos fraudes relacionados con recibo de beneficios del programa;

El personal del DHS debe verificar en la sección de “Forms” del intranet para garantizar el uso de las versiones actualizadas. Los formularios no pueden ser alterados sin autorización previa.

Distribución: FARAS (Original)

Anexo de la HS-2775 (Modificado en 05-17)

*RDA: 1716
Página 7 de 11*

- Cualquier otro individuo o entidad, incluidas agencias del orden público y otras agencias del gobierno, cuando así lo permita la ley o lo exija una orden del tribunal;
- Otro individuo o entidad para fines de investigación, según lo permita la ley.

DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene derecho a:

- Ver sus expedientes médicos, salvo en los casos limitados por la ley.
- Obtener copias de sus expedientes médicos, salvo en los casos limitados por la ley.
- Hablar con nosotros sobre cómo usamos y compartimos su información médica.
- Pedirnos que modifiquemos la información sobre su salud que considere incorrecta. Tiene que solicitar esto por escrito y explicar por qué. Es posible que no podamos modificarla y, si no lo hacemos, le explicaremos por qué.
- Pedirnos que no divulguemos algunos datos de su información médica. Tiene que solicitarnos esto por escrito, e indicarnos los datos que no desea que divulguemos. También tiene que decirnos a quién no desea que proporcionemos esa información; pero puede haber algunas ocasiones cuando no podamos aceptar su solicitud, y le explicaremos por qué.
- Revocar su consentimiento de divulgación de su información médica. Si Ud. firmó un formulario de autorización, puede revocarlo en cualquier momento. No obstante, tiene que hacerlo por escrito. Esto no cambiará ningún dato que ya hayamos compartido.
- Pedirnos que nos comuniquemos con Ud. de otra forma o a un domicilio distinto. Tiene que informarnos por escrito.
- Pedir una copia de las prácticas de privacidad del DHS.

PREGUNTAS o QUEJAS

¿Tiene preguntas acerca de este aviso? Sírvase llamar al 1-888-863-6178. En el Condado de Davidson, llame al 313-5790. TTY# 1-800-270-1349.

¿Tiene alguna queja acerca de cómo se manejó su información privada de salud? Puede llamar o escribir a una de las oficinas listadas a continuación para hacer preguntas o presentar una queja. Ud. no perderá su elegibilidad si presenta una queja o hace alguna pregunta.

De conformidad con las leyes federales y las políticas del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA, U.S. Department of Agriculture) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS, U.S. Department of Health and Human Services), se le prohíbe a esta institución discriminar debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias, y cuando corresponda, ideas políticas, estado civil, situación familiar o por ser padre/madre, orientación sexual, o si todo o parte del ingreso del individuo se deriva de cualquier programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad conducido o financiado por el Departamento. (No todos los criterios de prohibición son aplicables a todos los programas y/o actividades de empleo.) Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para recibir información de los programas (por ejemplo, en Braille, letra grande, cinta de audio, Lenguaje por señas norteamericano, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde presentaron su solicitud de beneficios. Las personas sordas o que tienen dificultades auditivas o alguna discapacidad del habla pueden comunicarse con el

El personal del DHS debe verificar en la sección de "Forms" del intranet para garantizar el uso de las versiones actualizadas. Los formularios no pueden ser alterados sin autorización previa.

Distribución: FARAS (Original)

Anexo de la HS-2775 (Modificado en 05-17)

*RDA: 1716
Página 8 de 11*

USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión, llamando al (800) 877-8339. Es posible que haya disponible información adicional acerca del programa en otros idiomas aparte del idioma inglés. Para presentar una queja por discriminación, complete el Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, que puede hallarlo en línea en internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llamando al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. Envíenos el formulario de queja completo o la carta por correo a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410; por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov. Escriba a HHS, Director, Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, DC 20201 o llame al (202) 619-0403 (Voz) o al (202) 619-3257 (TTY). Las personas sordas o que tienen dificultades auditivas o alguna discapacidad del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión, llamando al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades. También puede escribir a Tennessee, Department of Human Services, Office of General Counsel, Compliance Office, Citizens Plaza Building, 400 Deaderick Street, Nashville, TN 37243, (615) 313-4700.

Su derecho a una audiencia justa:

¿Qué sucede si no está de acuerdo con lo que nosotros decidamos sobre su solicitud o su caso? Ud. puede apelar para una audiencia justa. En la audiencia Ud. podrá hablar a nombre propio. Ud. también podrá traer a un amigo, pariente o abogado que hable a nombre suyo. Después de recibir nuestra comunicación, tendrá 90 días para presentar una apelación para beneficios de Familias Primero y Cupones para Alimentos. Si quiere que sus beneficios continúen mientras se decide la apelación, tiene que solicitárnoslo en un plazo de 10 días para Familias Primero y Cupones para Alimentos. Si Ud. pierde la apelación, es posible que tenga que reembolsar los beneficios que recibió durante el período mientras se decidía su apelación. **Si desea presentar una apelación, infórmeselo a su encargado de casos del DHS. También puede llamar al Centro de Servicio de Asistencia Familiar al 1-866-311-4287. Es una llamada gratuita.**

Permiso para la divulgación de registros de asistencia escolar:

Yo (el cliente) autorizo al Departamento de Educación de Tennessee o a la escuela de mi hijo a que entreguen los expedientes de asistencia escolar de los menores incluidos en esta solicitud al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee. El Departamento de Servicios Humanos usará estos registros, incluidos los números de seguridad social, para ayudarme a cumplir con mis obligaciones de Familias Primero y se eliminarán estos registros cuando ya no sean necesarios.

Permiso para contactarme:

Autorizo al DHS para que se comunique conmigo por Correo de EE.UU. y por teléfono al domicilio y los números indicados en mi solicitud, y para que me deje mensajes cuando no me encuentre disponible, según sea necesario para proporcionar información sobre mi solicitud de beneficios/servicios, o sobre los beneficios/servicios que ya estoy recibiendo.